

Dimpling/ Subsición: tratamiento quirúrgico de la celulitis



Dr. Fabián Pérez Rivera
CIRUJANO PLÁSTICO ESTÉTICO Y
RECONSTRUCTIVO RECERTIFICADO

La existencia de obesidad localizada y celulitis en la mujer es un hecho constatado desde los orígenes de nuestra especie: no hay más que acudir a los museos de antropología y estudiar la morfología de las Venus prehistóricas donde podemos observar las topologías femeninas predominantes en aquellos grupos humanos.

Haciendo historia

Durante años se pensó que la celulitis se debía a una eventual inflamación del tejido celular subcutáneo y del tejido adiposo hasta que, en 1996, Merlen, midiendo las presiones titulares subcutáneas, puso de relieve la importancia de la existencia de una estasis venolinfática y clasificó el proceso como una mesenquimatosi. Junto con Curri, en 1982, describieron la existencia de alteraciones escleróticas en las formaciones endoarteriales de regulación del flujo sanguíneo, que explicarían las anomalías circulatorias (incrementos y descensos del flujo sanguíneo), las microhemorragias y el trasudado debido a alteraciones de la permeabilidad capilar y a la esclerosi de la malla fibrilar pericapilar.

La piel de naranja a nivel estructural

La celulitis literalmente significa inflamación del tejido celular subcutáneo. El uso impuso la denominación errónea pero usual, correspondiendo etiopatológicamente denominarla Paniculopatía Edemato Fibro Esclerosa o Dermato Paniculosis Vasculopática.

En la **capa profunda**, las celdillas conjuntivas están llenas de adipositos cuyo volumen puede crear, según las localizaciones, un verdadero panículo adiposo.

En la **capa superficial**, las celdillas en que están conformados y divididos los grupos de células grasas están formadas por estructuras verticales de tejido conectivo (ver figura 1). Estos tabiques (o retinacula cutis) están anclados a nivel de la fascia superficial y del nivel del corion subdérmico. El aumento del volumen de los adipositos provoca un fenómeno de tensión mecánica del tabique con tracción y retracción de las zonas de anclaje, lo que explica la tan mencionada "piel de naranja" (ver figura 2).

FIGURA 1

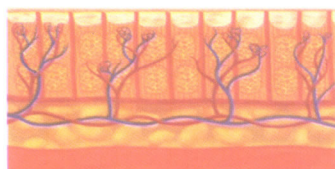
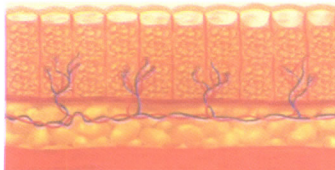


FIGURA 2



Es importante enfatizar que el aumento del volumen del tejido graso no se da a expensas del aumento del número de células grasas sino, por el contrario, por el aumento del volumen de cada una de sus adipositos. El 85% del contenido del adiposito es agua. Al estar alterado el sistema venolinfático, se provoca un éstasis de líquido con aumento por lo tanto en el volumen de las células grasas. Por si esto no bastara para generar de por sí sólo una alteración importante en la distribución de volúmenes del tejido cutáneo y subcutáneo, debemos agregar que la linfa estasiada es rica en macromoléculas (toxinas y desechos metabólicos) con capacidad hidrofílica (afinidad por el agua); esto genera un aumento aún mayor en la cantidad de líquido retenido.

Este aumento del volumen del tejido graso a nivel superficial tiene la particularidad de manifestarse visualmente preferentemente en pocos pero importantes lugares de la anatomía femenina como son los brazos, muslos, caderas y glúteos; y lo hace de dos maneras bien marcadas:

- > Pequeñas y abundantes depresiones cutáneas regionales denominadas "piel de naranja".
- > Grandes y aisladas depresiones cutáneas denominadas "pozos celulíticos".

Mientras que el pequeño pocelado pasa a ser ya parte habitual de la figura femenina adulta y fácilmente disimulable con cualquier prenda de vestir, los pozos celulíticos son la tortura de cualquier mujer al momento del vestirse o desvestirse, sea joven o no tanto, delgada u obesa, deportista o sedentaria.

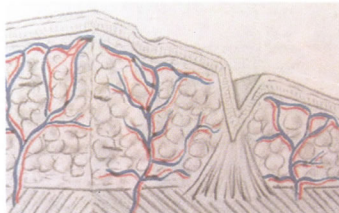
Mientras que para la piel de naranja hay numerosos tratamientos, dietas y ejercicios descriptos para solucionarla, mejorarla o paliarla, para el pozo celulítico sólo hay una solución: el dimpling o su sinonimia en castellano, subsición.

¿Qué implica y cómo mejoraría o resolvería el pozo celulítico el dimpling o subsición?

Leímos que las celdillas de adipositos estaban divididas por tabiques de tejido conectivo también conocido como retinacula cutis. Estos tabiques tienen una capacidad elástica que les permite elongarse a la vez que los adipositos van ganando volumen por el estasis venolinfático en las regiones afectadas por la celulitis. Esta capacidad elástica tiene un límite más allá del cual lo que se produce

es un "anclamiento" de la dermis al plano facial muscular inmediatamente por debajo de ese tabique colapsado en su capacidad elástica y una elevación de la piel circundante (ver figura 3). Cuanto mayor sea el estasis venolinfático, mayor será la depresión. Con la particularidad que, mientras que en base a tratamientos, dietas y ejercicios extenuantes se logra una mejoría en la imagen de "piel de naranja", el pozo celulítico disminuye su profundidad, pero no desaparece.

FIGURA 3



La forma de solucionarlo es mediante un proceso mínimamente invasivo: por medio de un elemento punzo-cortante (aguja fuerte bien viselada o instrumento quirúrgico diseñado para tal fin) se corta el tabique de tejido conectivo que provoca la depresión, logrando en forma inmediata la liberación de la piel y, por consiguiente, su inmediata elevación.

Algunos de estos tabiques funcionan a la vez como pequeños ejes vasculonerviosos. Por lo tanto, al seccionarlos se provoca una pequeña hemorragia y posterior hematoma. Este hematoma al resolverse deja una fibrosis remanente que evitaría, en los pozos no tan profundos, que el tabique vuelva a conformarse en el mismo lugar, repitiendo la patología; y por el contrario, al reubicarse en una posición más elevada evita el anclaje exagerado de la piel.

En los pozos más profundos este simple mecanismo no bastaría: en el mismo acto quirúrgico y por la misma punción de acceso para seccionar el tabique se realiza un lipofilling o autoinjerto graso. De esta forma rellenamos el "espacio muerto" que queda entre el tabique liberado y el plano profundo y evitamos un anclaje muy bajo o deprimido en la futura nueva posición del tabique y, por lo tanto, resolvemos la visualización del pozo celulítico. Estas agujas o instrumentos quirúrgicos son de diámetros muy pequeños, razón por la cual en general la puntura por la cual se accede para realizar el procedimiento de subsición, e incluso cuando realizamos también el autoinjerto graso para relleno, pasa desapercibida.

Palabras finales

Es importante aclarar que este procedimiento no deja de ser un acto quirúrgico, debiendo ser realizado por profesional médico con formación quirúrgica, y mejor aún si es un especialista en cirugía plástica. Se realiza bajo anestesia local, dura escasos minutos, es en forma ambulatoria, sólo requiere de cuidados locales de la herida punzante y el paciente sometido a este procedimiento no necesita de reposo alguno, pudiendo insertarse rápidamente social y laboralmente.

Referencias fotográficas

Figura 1: Normal conformación de celdillas grasas divididas por tabiques de tejido conectivo (retinacula cutis) a nivel subdérmico.

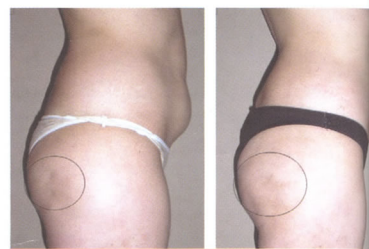
Figura 2: "Piel de Naranja" o piel celulítica: disminución de perfusión venolinfática con aumento de contenido líquido de celdillas grasas y fenómeno de anclaje de tabiques de tejido conectivo.

Figura 3: "Pozo Celulítico": Depresión exagerada y dominante de tabique tejido conectivo.



Paciente 1a: Gran acúmulo de pozos celulíticos glúteos.

Paciente 1b: Postoperatorio alejado de subsición más autoinjerto graso.



Paciente 2a: Obesidad localizada abdominal, flancos, trocánteros y glúteos junto con 2 pozos celulíticos trocántericos derechos bien marcados.

Paciente 2b: Postoperatorio alejado de lipoaspiración más subsición más autoinjerto graso. ●